

ПЗВД ПА составила 7,5% (5,8-9,3), с серонегативным - 7,8% (7,4-9,5). Достоверных ( $p>0,05$ ) различий между подгруппами с серопозитивным и серонегативным РА по уровню ПЗВД ПА выявлено не было. Также в группе РА не было корреляционной зависимости между уровнем РФ в сыворотке крови и ПЗВД ПА ( $r=0,24$ ,  $p>0,05$ ). У больных РА с экстраартикулярными проявлениями заболевания ПЗВД ПА составила 5,8% (5,6-7,4), что достоверно меньше ( $p<0,001$ ), чем в подгруппе с суставной формой, где ПЗВД ПА оказалась 7,7% (7,3-9,9). В то же время не выявлено зависимости ( $\chi^2=0,44$ ,  $V^2=0,44$ ,  $p>0,05$ ) между наличием системных проявлений и частотой встречаемости сниженных значений ПЗВД ПА. У больных с системными проявлениями (14 человек) значения ПЗВД ПА ниже нормы выявлены в 14 (100%) случаях, при суставной форме заболевания (61 человек) - в 46 (75,4%). В группе РА выявлены статистически достоверные различия между подгруппой больных с нормальными значениями ПЗВД ПА и подгруппой, где ПЗВД ПА была меньше 10%, по основным показателям липидного обмена (ОХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ИА). Статистической значимости не достигли различия по уровню ТГ.

В группе РА толщина КИМ составила 0,8 мм (0,7-0,9), что было достоверно ( $p<0,001$ ) больше, чем у больных РеА и в КГ, где толщина КИМ оказалась 0,63 мм (0,6-0,7) и 0,6 мм (0,6-0,7) соответственно. Достоверных ( $p>0,05$ ) различий по толщине КИМ между группой РеА и КГ не обнаружено. Было установлено, что в группе больных РА длительное течение заболевания сопровождается нарастанием толщины КИМ сонных артерий ( $r=0,58$ ,  $p<0,001$ ). В то же время, при РеА подобной тенденции установлено не было ( $r=-0,01$ ,  $p>0,05$ ). Во всех группах не было установлено зависимости между толщиной КИМ и СОЭ (РА  $r=-0,04$ ,  $p>0,05$ ; РеА  $r=-0,26$ ,  $p>0,05$ ; КГ  $r=0,09$ ,  $p>0,05$ ). При изучении ассоциации толщины КИМ с СРП, в группе РА была выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между данными показателями ( $r=0,79$ ,  $p<0,001$ ). В группе РеА зависимости между уровнем СРП и толщиной КИМ каротид установлено не было ( $r=-0,07$ ,  $p>0,05$ ). Так же и в КГ, уровень СРП и толщина КИМ не были взаимосвязаны ( $r=-0,003$ ,  $p>0,05$ ). При проведении корреляционного анализа в группе РА получена прямая умеренная зависимость между индексом Ричи и толщиной КИМ ( $r=0,43$ ,  $p<0,05$ ). В группе РеА зависимости между толщиной КИМ и выраженностью суставного синдрома, оцененного с помощью индекса Ричи, установлено не было ( $r=-0,14$ ,  $p>0,05$ ). Так же не выявлено достоверных ( $p>0,05$ ) различий по толщине КИМ в подгруппах с разными рентгенологическими стадиями РеА. В

группе РА с серопозитивным вариантом заболевания толщина КИМ составила 0,83 мм (0,7-0,92), что было достоверно ( $p<0,05$ ) больше, чем у больных с серонегативным РА, где толщина КИМ составила 0,76 мм (0,7-0,82). В подгруппе с серопозитивным РА не было корреляционной зависимости между толщиной КИМ сонных артерий и уровнем РФ в сыворотке крови ( $r=-0,01$ ,  $p>0,05$ ). Толщина КИМ сонных артерий в подгруппе с экстраартикулярными проявлениями РА составила 0,95 мм (0,9-1,0), в подгруппе без таковых - 0,8 мм (0,7-0,87). По толщине КИМ эти две подгруппы больных РА достоверно ( $p<0,001$ ) различались между собой. В подгруппе РА с системными проявлениями (14 человек) утолщение КИМ встречалось у 12 (85,7%) больных, у лиц с суставной формой заболевания - у 15 (24,6%). Была выявлена взаимосвязь между наличием системных проявлений РА и частотой встречаемости утолщения КИМ ( $\chi^2=6,95$ ,  $V^2=6,88$ ,  $p<0,05$ ). Только в группе больных РА установлено наличие корреляционной взаимосвязи между толщиной КИМ и показателями липидного спектра сыворотки крови (ОХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ИА). В группе РеА, как и в КГ, аналогичной зависимости не установлено.

Атеросклеротические бляшки были выявлены у 22 (29,3%) больных РА, в группе РеА - у 1 (2,4%). Достоверно ( $\chi^2=8,75$ ,  $V^2=8,68$ ,  $p<0,05$ ) присутствие атеросклеротических бляшек, в сосудах обследованных, было ассоциировано с РА. В КГ очагов атероматоза в сосудах обнаружено не было. По частоте встречаемости очагового атеросклероза различий между группой РеА и КГ не было ( $p>0,05$ ).

#### **Выводы.**

1. В результате проведенного исследования было установлено, что у больных РА, при отсутствии классических факторов риска, имеют место нарушение функционального состояния эндотелия, определяемое в пробе с реактивной гиперемией, утолщение КИМ сонных артерий, а также поражения артерий атеросклеротическими бляшками.

2. Хроническая форма РеА не характеризуется преждевременным развитием атеросклеротических изменений артерий.

#### **Литература:**

1. High incidence of cardiovascular events in a rheumatoid arthritis cohort not explained by traditional cardiac risk factors / I. D. del Rincon [et al.] // Arthritis Rheum. - 2001. - Vol. 44. - P. 2737-2745.
2. Насонов, Е.Л. Проблема атеротромбоза в ревматологии / Е.Л. Насонов // Вестн. РАМН. - 2003. - № 7. - С. 6-10.

## **О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОЧИХ - МОСТОСТРОИТЕЛЕЙ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА И МЕРОПРИЯТИЯ ПО ЕЕ СНИЖЕНИЮ**

**Пахирко А.В., Захматова Н.В., Муквич Н.А.**

**УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",  
СЭУ "Отделенческий центр гигиены и эпидемиологии на станции Витебск"**

**Введение.** Внедрение современных технологий, интенсификация производства изменяют условия труда

работающих, в том числе на железнодорожном транспорте, и ставят новые задачи перед медработниками по

**Таблица 1 - Показатели заболеваемости с ВУТ рабочих МО-425 за 2005-2009 гг. в случаях и днях на 100 работающих.**

<i>Годы</i>	<i>Случаи</i>	<i>Дни</i>
2005	74,2	798,1
2006	50,4	589,1
2007	57,0	716,4
2008	61,3	623,1
2009	50,8	416,9
Средние данные заболеваемости с ВУТ за 2005-2009 гг. среди рабочих МО-425	58,4	628,7
Средние данные заболеваемости с ВУТ по Витебскому ж.-д. узлу за 2005-2009 гг.	68,1	692,4
Разность	9,4	63,7

их изучению и оздоровлению, снижению заболеваемости [1,2].

**Цель.** Изучение условий труда рабочих мостостроительного отряда (МО-425) железнодорожного транспорта, влияние их на заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ) и разработка оздоровительных мероприятий.

**Материалы и методы.** Исследования проводились на МО-425 Витебского отделения Белорусской железной дороги в течение 2005-2009 гг. Для этого были изучены и проанализированы производственные факторы рабочей зоны: шум, вибрация, содержание вредных веществ в воздушной среде, уровни искусственной освещенности, материалы по заболеваемости с ВУТ рабочих МО-425.

Условия труда, разработка показателей и анализ заболеваемости изучались общеизвестными методами.

**Результаты исследования.** Данные изучения производственных факторов за 2005-2009 гг. свидетельствуют, что их средние значения не соответствуют санитарным нормам. Так, производственный шум превышал предельно допустимый уровень в 6,7-20,4% случаев от всех замеров, вибрация - в 6,8-10,7%, вредные химические вещества в воздухе рабочей зоны сварщиков в 11,3-13,7% случаев превышали предельно допустимые концентрации (ПДК), пыль - в 3-8% случаев, уровни искусственной освещенности были ниже санитарных норм на рабочих местах столяров в 2,3-3,5% случаев.

Санитарной службой ежегодно принимаются меры по устранению недостатков и улучшению условий труда: применялись штрафные санкции, выносились постановления о временном приостановлении эксплуатации объектов.

Данные заболеваемости с ВУТ рабочих МО-425 представлены в таблице 1.

Из таблицы 1 следует, что заболеваемость с ВУТ рабочих МО-425 ниже таковой по Витебскому железнодорожному узлу. За 2009 г. заболеваемость с ВУТ рабочих МО-425 снизилась по сравнению с 2005-2008 годами на 9,9 случаев (16,3%) и 264,8 дней (38,7%) на 100 работающих (средние данные).

Наибольшее снижение заболеваемости с ВУТ произошло по следующим болезням: артериальная гипертензия, другие болезни сердца, неврологические проявления поясничного и грудного остеохондроза, другие болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни почек и др.

В 2009 году по сравнению с 2008 годом наибольший рост заболеваемости с ВУТ отмечался по следующим

болезням: болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей, пневмонии, артропатии и системные поражения соединительной ткани.

В 2009 году не регистрировались такие заболевания как туберкулез органов дыхания и других органов, болезни крови, невротические расстройства, болезни периферической нервной системы, ревматизм, стенокардия, инфаркт миокарда, травмы и другие болезни. Нами совместно с администрацией МО-425 разработан план оздоровительных мероприятий. Часть из них реализована. Например, произведен ремонт кровли гаража, цеха металлоконструкций, приобретено передвижное вытяжное оборудование для удаления вредных химических веществ из рабочей зоны при сварочных работах. На базе Чепино проведен ремонт помещений электроцеха и автобокссов. С целью профилактики вредного действия производственного шума оборудовано помещение для отдыха машинистов, произведен ремонт оборудования, увеличена продолжительность технологических перерывов.

При повторных лабораторных исследованиях концентрация вредных веществ в воздухе рабочей зоны не превышала ПДК. Спецодждой и средствами индивидуальной защиты рабочие обеспечены в соответствии с действующими санитарными нормами.

Рабочие, контактирующие с вредными производственными факторами, проходят медосмотры согласно постановлению №233 от 8.08.2000 года МЗ РБ "О порядке проведения обязательных медицинских осмотров работников".

Для снижения заболеваемости с ВУТ необходимо дальнейшее выполнение мероприятий по улучшению условий труда, укреплению здоровья работающих.

**Выводы.** 1. Среди неблагоприятных факторов, действующих на рабочих Витебского отделения Белорусской железной дороги, ведущее место занимают неудовлетворительные метеорологические условия, вредные вещества воздуха рабочей зоны, производственный шум и вибрация.

2. В структуре заболеваемости с ВУТ преобладают острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей, грипп, артропатии и системные поражения соединительной ткани, неврологические проявления поясничного и грудного остеохондроза.

3. Дальнейшее проведение комплекса оздоровительных мероприятий будет способствовать снижению заболеваемости с ВУТ.

### **Литература:**

1. Глушанко, В.С. Общественное здоровье и здравоохранение: курс лекций для отечественных студентов/

В.С. Глушанко. - Витебск: Изд-во ВГМУ, 2001. - 359 с.

2. Панкова, В.Б. Современные проблемы профессиональной заболеваемости на железнодорожном транспорте / В.Б. Панкова, Г.М. Глебова // Гиг. и сан. - 2006. - № 3. - С. 28-32.

## **ЗНАНИЯ ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ**

**Пиманов С.И., Макаренко Е.В., Окорочков А.Н., Сапего Л.Г., Семенова Е.В., Кавцевич М.Л., Руселик Е.А.**

**УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"**

**Введение.** Многочисленные эпидемиологические исследования показали, что *H. pylori*-инфекция является одной из самых распространенных инфекций в мире. В развивающихся странах *H. pylori* выявляется с высокой частотой до 90% уже в детском возрасте, а к 30-ти годам *H. pylori*-инфекция выявляется почти у всего население. В большинстве развитых стран *H. pylori* выявляется у детей в 5-15 % случаев, а у взрослых, в зависимости от возраста, в 20-65% [1].

В настоящее время осуществляется детальное исследование воздействия *H. pylori*. Ежегодно в мире расходуется примерно 11 миллиардов долларов на исследовательские работы, касающиеся данного микроорганизма.

Многие научные аспекты проблемы *H. pylori* ещё неясны и требуют дальнейшего изучения. В то же время, благодаря успехам хеликобактериологии, гастроэнтерологи уже сегодня имеют возможность в несколько раз уменьшить количество рецидивов у пациентов, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Следование вновь разработанным принципам лечения хеликобактерной инфекции обеспечивает многократное снижение частоты такого грозного осложнения язвенной болезни, как кровотечение. Открылись новые перспективы для профилактики рака желудка [2].

Убедительно доказана возможность снижения в несколько раз числа рецидивов язв желудка и двенадцатиперстной кишки на основе эрадикационной терапии хеликобактерной инфекции, однако в Республике Беларусь количество острых хирургических осложнений гастродуоденальных язв (ГДЯ) кровотечений и перфораций, не уменьшается. В России отмечается рост этих язвенных осложнений с начала 90-х годов прошлого века.

**Цель.** Оценить знания врачей терапевтов при проведении эрадикационной терапии.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты анкетирования 100 врачей-терапевтов. 64 анкеты были получены в 2009, а 36 в 2010 году. Анкета состояла из 25 вопросов. Врачам предлагалось оценить эффективность эрадикационной терапии, выбрать показания к её проведению, определить длительность лечения, а также перечислить лекарственные препараты для её проведения.

**Результаты и обсуждение.** Проанализированы результаты анкетирования 100 врачей-терапевтов, полученные в 2009-2010 гг.

Одним из самых эффективных методов лечения язвенной болезни эрадикационную терапию назвали 66%; 11% врачей-терапевтов назвали данный вид лечения самым современным, но в то же время считают, что есть и

другие более эффективные методы лечения ГДЯ; 5% процентов опрошенных считают антихеликобактерную терапию такой же эффективной, как и другие методы лечения язвенной болезни; 2% считают что есть другие более эффективные виды терапии; 5% врачей указывает на то, что для проведения данного вида лечения требуется специальная подготовка; 21% опрошенных указали, что эрадикационная терапия не может быть использована в массовой практике, так как является дорогостоящей, хотя 17% из них считают её эффективным методом лечения.

В 42% случаев было выявлено, что наряду с эрадикационной терапией врачи также называли эффективными методами лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, такие как психотерапия, физиотерапия, применение спазмолитиков, холинолитиков, Н2-блокаторов и народных средств.

Как следует из ответов, не используют в своей практике эрадикацию *H. pylori* 3% анкетированных, иногда используют - 9% врачей, постоянно используют данную терапию в своей практике - 73%, имеют схемы эрадикационной терапии на рабочем столе, которым следуют - 13% опрошенных. Ошиблись в выборе длительности эрадикационной терапии 64% врачей - терапевтов, допуская возможность проведения лечения в течение трёх или четырёх дней. Неправильно выбрали показания к назначению антихеликобактерной терапии 98% анкетированных. Из числа всех врачей неверно перечислили компоненты эрадикационной схемы 94% опрошенных.

### **Выводы.**

1. Самым эффективным методом лечения язвенной болезни эрадикационную терапию назвали 66% опрошенных врачей-терапевтов.

2. В 42% случаев врачи наряду с эрадикационной терапией называли эффективными методами лечения психотерапию, физиотерапию, применение спазмолитиков, холинолитиков и народных средств.

3. Ошиблись в выборе длительности эрадикационной терапии 64% опрошенных.

4. Неправильно выбрали показания к назначению антихеликобактерной терапии 98% анкетированных.

5. 94% опрошенных неверно перечислили компоненты эрадикационной терапии.

### **Литература:**

1. Распространенность хеликобактерной инфекции у бессимптомных молодых людей и у больных дуоденаль-